

स्तम्भ-2
एतद्वारा प्रतिस्थापित परिशिष्ट
परिशिष्ट 'ग'
(भाग-पॉच-नियम-16 तथा 18 देखें)

सेवा में,

कार्यालयाध्यक्ष का नाम,
माननीय जनपद-पायाधीश
समल स्थित चन्दौसी

विषय :- चिकित्सा उपचार पर किये गये व्यय की प्रतिपूर्ति।

महोदय,

मैं/मेरे पारिवारिक सदस्य(नाम) श्री. चौधरी (पत्नी)
ने गर्भावस्था लेबर पेन यू.टी.आई. (बीमारी का नाम) के लिए
8.7.20 (दिनांक) से 13.7.20 तक कार्तिक
हॉस्पिटल, बिलनौर, उ.प. (चिकित्सालय का नाम) में उपचार
करवाया है। मैं निम्नलिखित दस्तावेजों के साथ प्रतिपूर्ति के लिए दावा प्रस्तुत कर रहा हूँ :-

1. उपचारी चिकित्सक/चिकित्सालय के अधीक्षक द्वारा हस्ताक्षरित/प्रतिहस्ताक्षरित अनिवार्यता प्रमाण-पत्र।
2. उपचारी चिकित्सक द्वारा विधिवत् हस्ताक्षरित एवं सत्यापित मूल नकद पर्ची(कैश मेमो), बीजक(बिल), बाउचर।
3. यह प्रमाणित किया जाता है कि ऊपर नामित पारिवारिक सदस्य मुझ पर पूर्णतया आश्रित हैं और सामान्यतया मेरे साथ निवास करता है।

मेरे उपचारार्थ, (कार्यालय का नाम) के पत्र
संख्या.....दिनांक.....द्वारा स्वीकृत ₹ के अग्रिम
का सामायोजन करने के पश्चात् मेरे दावे की प्रतिपूर्ति के लिए यथा आवश्यक कार्यवाही करने की
कृपा करें।

दिनांक 7.8.20

अधिकारी/कर्मचारी का नाम :- श्रीमति चौधरी
पदनाम :- सिविल जन. गुणार - समल
तैनाती का स्थान :- गुणार

Self attested

Signature
7.8.20